

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N° 169

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri-Julien BLANCHET

né le 26 Juillet 1891 à St-Fraimbault-de-Prières (Mayenne)

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Licencié ès-sciences

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Agglutinations chroniques des Anses grêles

DANS LES SACS HERNIAIRES

Président : M. FÉLIX LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1923

1001

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

169

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri-Julien BLANCHET

né le 26 Juillet 1891 à St-Fraimbault-de-Prières (Mayenne)

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Licencié ès-sciences

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Agglutinations chroniques des Anses grêles

DANS LES SACS HERNIAIRES

Président : M. FÉLIX LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1923

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBIEAU
Clinique de propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.			
ARRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	REITERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RUBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôpital St-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

*Pour le grand honneur qu'il m'a
fait en acceptant de présider
cette thèse.*

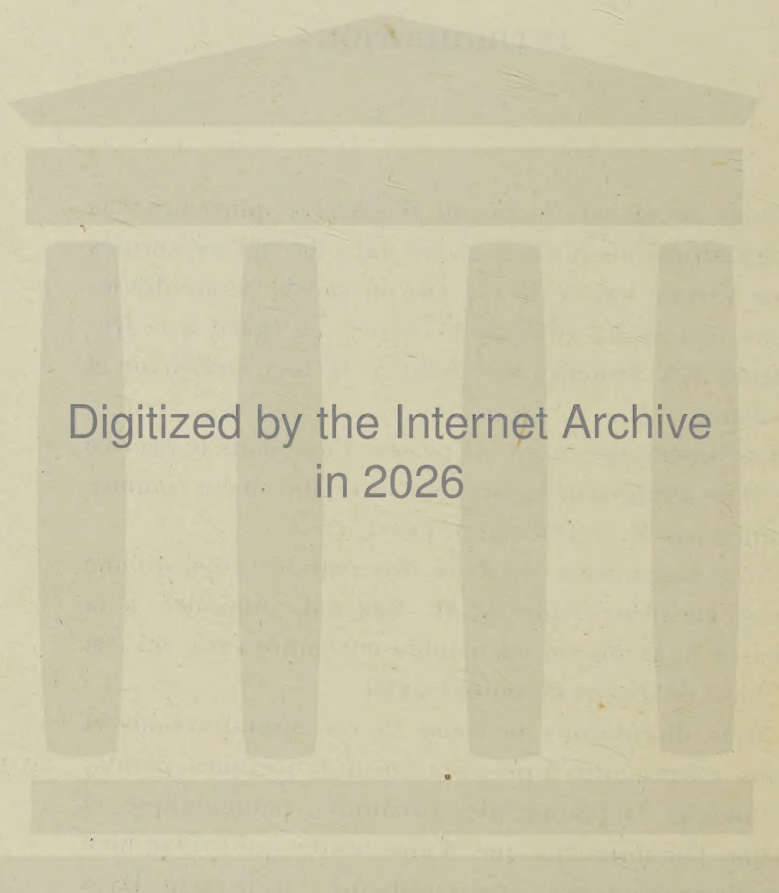
INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'agglutinations d'anses grêles dans de vieilles hernies sans aucune lésion du sac. Or, on sait la rareté des lésions isolées du contenu herniaire, eu égard à la fréquence des lésions intéressant à la fois contenant et contenu.

Ces observations ont été prises, l'une dans le service de M. le Professeur Lejars, et l'autre nous a été communiquée par M. le Docteur J. Leveuf.

Nous rapportons ces deux observations ainsi qu'une troisième observation de M. Cadenat, présentée à la Société Anatomique en octobre-novembre 1919, tel est le point de départ de notre travail

Nous discuterons la cause de ces agglutinations et nous chercherons à préciser ensuite quelques points, l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique et même l'histoire clinique d'une lésion qui évolue bien insidieusement. Nous insisterons sur le traitement. Dans les deux observations que nous rapportons, le traitement, quoique différent, dans les deux cas, donna un résultat excellent.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

Sous ce titre nous entendrons les adhérences d'anses d'intestin grêle entre elles, par péritonite plastique non généralisée au sac (différence avec la péritonite herniaire) qui évoluent chroniquement.

L'étude de ces adhérences n'est pas un fait nouveau.

Le premier auteur qui se soit occupé d'adhérences herniaires est J.-L. Petit. Il faut arriver ensuite à Scarpa, qui, dans son traité pratique des hernies, divisait les adhérences herniaires en deux classes :

- les adhérences par inflammation ;
- les adhérences charnues naturelles.

Ces dernières répondant aux hernies par glissement si bien mises en évidence par MM. Lardennois et Okenczic.

Après Scarpa, il faut citer Nélaton (*Eléments de pathologie chirurgicale*) Nicaise, Duret (*thèse d'Agrégation*, Tuffier (*Archives générales de médecine*, 1887) qui fait une étude complète des hernies du cæcum. Enfin Boiffin qui dans sa thèse inaugurale 1887, réunit dans un travail d'ensemble toutes les notions acquises jusqu'alors sur les adhérences herniaires.

Mais l'étude anatomo-pathologique des adhérences est poussée plus loin, et on reconnaît qu'elles peuvent être d'origine tuberculeuse ou néoplasique.

M. le Professeur Lejars en 1889, dans une revue générale intitulée : *Néoplasme herniaire et périherniaire*, donnant au mot néoplasme son sens le plus large, et l'appliquant aux tumeurs bénignes ou malignes, aux kystes, à la tuberculose, étudie les adhérences herniaires d'origine bacillaire, et pour lui la tuberculose du sac herniaire est fréquemment associée à celle des viscères herniés.

M. le Professeur Hartmann les signale également dans un bulletin de la Société de Chirurgie du 27 juin 1888.

Mais la tuberculose n'est pas toujours la cause de ces adhérences. Nous rapportons justement ici, trois observations dont deux inédites.

Dans la première il s'agit d'agglutination d'origine bacillaire.

Dans la seconde, c'est à une méésentérite rétractile chez un syphilitique qu'il faut rapporter la cause.

Dans la troisième, également, il s'agit probablement encore de méésentérite rétractile. Ces trois observations présentent un caractère commun. Il s'agit dans toutes les trois, de phénomènes plastiques à évolution très lente, à symptomatologie très pauvre, l'absence de coudure brusque des anses en effet, ayant permis la libre circulation du contenu intestinal, et les accidents d'occlusion ou d'obstruction ne sont apparus que très tardivement.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Présentée par M. Braine à la Société anatomique en décembre dernier.

Malade du service de M. le Professeur Lejars.

R. H., tailleur israélite de Cracovie, syphilitique ancien, amputé de la cuisse gauche un an auparavant pour gangrène artéritique, se présente le 24 février 1922 à l'hôpital pour des accidents d'étranglement herniaire. Il est porteur depuis une dizaine d'années, d'une hernie inguinale droite du volume d'un gros poing habituellement irréductible, non traitée par un bandage. Jamais d'accidents n'ont été accusés antérieurement à son niveau par le malade. Depuis 36 heures l'entérocele est tendue, douloureuse, arrêt des matières et des gaz, nausées sans vomissements, contracture sous ombilicale de l'abdomen, notable ballonnement, pas de péristaltisme visible, température normale, pouls à 110 avec extrasystoles.

Le malade est opéré d'urgence par M. Braine, interne du service. Vu son mauvais état général; l'existence d'un souffle aortique, une dyspnée marquée, le volume de la hernie, véritable effondrement de la paroi inguinale on

pratique une anesthésie rachidienne (scurrocaïne 0,07 + caféïne 0,25).

Incision classique pour une hernie inguinale étranglée.

On tombe sur un gros peloton d'anses grêle agglutinées entre elles par des adhérences fibreuses anciennes, denses, multiples, organisées, qu'il est absolument impossible de dissocier.

La masse assez régulièrement sphérique est constituée par l'accolement serré de 80 centimètres environ de grêle : les anses sont coudées sur elles-mêmes à angles mousses formant des sortes de godrons, de pli-catures, rappelant l'aspect de circonvolutions cérébrales ou mieux d'un énorme peloton glomérulaire de Malpighi, libre dans sa capsule de Bowmann.

Il n'existe en effet aucune adhérence de la pelote intestinale au sac herniaire. Un peu de liquide séreux, jaune, dans le sac. La couleur de l'intestin est légèrement rouge ; il ne présente aucune trace de sphacèle.

Le pédicule, très peu serré, sort du ventre par un vaste trou de la paroi inguinale. Il est tordu sur lui-même, la masse ayant subi une torsion sur son axe de 180° environ.

Le mésentère, caché en grande partie par l'union intime des anses, visibles seulement par leurs faces libres, n'apparaît qu'au niveau du collet. Très légère augmentation du calibre de l'anse afférente. Anse efférente aplatie. C'est une hernie directe, les vaisseaux épigastriques situés en dehors du collet doivent être sectionnés entre deux pinces pour agrandir l'orifice et réintégrer la masse.

En effet, on se résout à réintégrer la masse dans l'abdomen, ce qui ne laisse pas d'être critiquable en théorie. On le fait pour les motifs suivants :

1^{er} l'âge et l'état très précaire du malade ;

2^e ancienneté évidente des adhérences qui rendent certain un transit suffisamment satisfaisant du contenu intestinal dans cette masse d'anses grêles agglutinées ;

3^e Peu d'altérations liées à la torsion récente du pédicule, anses subnormales comme vascularisation.

On pratique la résection du sac qui est même sans aucune bride, sans aucune lésion inflammatoire apparente.

Cure de l'éventration inguinale par suture au catgut en deux plans rétro et préfuniculaires.

Suites normales, aucun trouble intestinal ultérieur. Réalimentation progressive au bout de trois jours. Sortie le 20 mars.

L'auscultation montre l'existence de lésions pulmonaires : ramollissement très accusé du sommet gauche, Au cœur souffle aortique. Le malade est revu au mois de juin. Excellent état local et intestinal.

Il s'alimente bien, mais il est obligé de se faire soigner en médecine pour troubles cardio-vasculaires et essoufflement.

Par hasard, au mois d'août, nous avons rencontré le malade, assis le matin de bonne heure sur un banc de l'hôpital, il était entré en médecine dans le service du Professeur Chauffard le 31 juillet pour un syndrome d'œdème aigu du poumon : dyspnée très intense avec polypnée, anxiété respiratoire, tachyarythmie.

Une saignée d'urgence avait amené la sédation relative des accidents et permis d'entendre un double souffle aortique à la base. Œdème persistant de la jambe unique. Il fait ainsi trois séjours consécutifs en médecine. Au troisième il meurt de thrombose cardiaque, avec asystolie irréductible.

Autopsie. — Eviscération totale. Cavités pleurales vides, mais de nombreuses adhérences surtout du côté gauche unissent les deux feuillets.

Poumon droit : Le lobe supérieur est très dur. Il présente une teinte noire avec quelques striations blanchâtres.

Le lobe moyen présente vers sa partie moyenne de nombreux nodules de la grosseur d'une lentille ou d'une cerise, nodules blanchâtres, légèrement brillants.

Dans le lobe inférieur, on ne trouve rien d'anormal.

Poumon gauche : Le lobe supérieur présente une caverne du volume d'un œuf de pigeon avec du pus jaunâtre à l'intérieur.

Les parties inférieures et moyennes sont d'aspect identique du côté droit.

Cœur : Péricarde épaissi, avec environ 50 grammes de liquide dans la cavité péricardique, myocarde très épaissi également.

La coupe montre : Une valvule mitrale et des valvules semi-lunaires de l'aorte calcifiées.

L'aorte présente un élargissement considérable à son origine, avec de nombreuses plaques jaunâtres sur ses parois.

L'examen de l'aorte descendante montre des lésions

intéressantes. Au niveau de la 2^e lombaire, thrombus qui oblitère totalement la lumière du vaisseau.

Les deux artères iliaques sont oblitérées par continuité du thrombus.

La circulation est rétablie par l'anastomose des lombaires et de l'épigastrique, considérablement augmentées de volume. On ne peut qu'insister sur l'intérêt anatomique d'une telle lésion.

L'abdomen : Aucun épanchement.

Le péritoine pariétal est épaissi légèrement.

Par endroit quelques taches blanchâtres.

Le foie, la rate, le pancréas ne présentent aucune lésion.

Le rein gauche est très augmenté de volume (230 gr.). La capsule est épaissie, mais facilement décollable.

Le rein droit est diminué de volume.

Les lésions de l'intestin grêle sont celles qui nous intéressent le plus.

On retrouve prolabé dans le cul-de-sac de Douglas où il est libre et parfaitement mobile le peloton intestinal herniaire réintégré.

Les anses qui le composent sont de couleur et d'aspect semblable à ceux des anses voisines.

Les adhérences qui agglutinent le grêle à son niveau sont dans le même état qu'au moment de l'intervention. Le paquet est prélevé sur place.

Les deux dessins page 15 donnent parfaitement l'aspect extérieur.

On y constate les particularités suivantes :

FIGURE I. — On ne voit que des anses grêles pelotonnées intimement accolées les unes aux autres.

A la partie supérieure dans une dépression séparant le bord convexe de deux anses, on aperçoit très nettement sept ou huit petits amas arrondis, blancs jaunâtres, très durs, chacun du volume d'un grain de blé et qui, dès l'abord, font penser à des tubercules crétacés. Ils ont été prélevés pour coupe histologique.

FIGURE II. — C'est la même fixation des anses par quelques brides adhérentielles. Le mésentère est plissé au voisinage du pédicule, non rétracté ; mais enfoui en quelque sorte à l'intérieur du peloton, où les anses par leur accollement l'ont replié.

La coupe des vaisseaux mésentériques ne présente rien de spécial.

Examen histologique. — Il a porté sur les petits nids de nodules, arrondis, calcifiés, sus mentionnés et a montré, malgré la mauvaise fixation de la pièce conservée dès l'abord dans du kaiserling pour garder son aspect et permettre le dessin, l'existence de cellules géantes qui sont une signature de la nature bacillaire de cette lésion.

L'état pulmonaire d'ailleurs faisait prévoir un tel résultat.

Une coupe sur le mésentère ne montre rien d'anormal.

En résumé, il semble donc qu'il s'agit de brides cicatricielles agglutinant un paquet d'anses grêles, dans un sac de hernie inguinale, reliquat d'une péritonite de nature bacillaire localisée, mais ce qui nous paraît intéressant c'est la limitation des lésions au seul contenu de la hernie.



FIG. 1



FIG. 2

Obs. II. — (M. Jacques LEVEUF). Mésentérite rétractile chez un syphilitique.

« G..., 51 ans. Entre à Cochin dans le service de M. le professeur Delbet pour hernie inguinale droite irréductible.

Depuis 10 ans le malade est porteur d'une hernie inguinale droite. Une hernie gauche, beaucoup moins volumineuse est apparue 5 ans après celle du côté opposé.

La hernie droite est devenue progressivement irréductible depuis 4 ans. En même temps apparaissent des troubles nombreux, troubles digestifs, le malade perd complètement l'appétit, crises de coliques douloureuses débutant au niveau de la hernie, s'accompagnant de gargouillements bruyants et suivies de débâcles fécales. De temps à autre surviennent des vomissements bilieux, à peu près 3 heures après les repas.

Depuis une semaine les vomissements ont augmenté. La dernière selle date de 6 jours, mais le malade a des gaz.

Examen du malade. — Hernie inguinale double à gauche : petite hernie réductible. A droite : volumineuse hernie scrotale irréductible.

Opération. — Le 23 nombre 1921.

Après incision de la paroi on ouvre un sac *mince* contenant une petite quantité de liquide clair. On tombe sur une masse volumineuse d'anses grêles agglutinées. Cette masse ne présente aucune adhérence avec les parois du sac.

Après extériorisation de la tumeur qui est grosse

comme une tête de fœtus, on repère l'anse afférente et l'anse efférente qui sont très près l'une de l'autre.

La seule conduite à tenir est la résection qui est effectuée sans incidents.

Anastomose termino terminale. La différence de calibre des 2 anses permet de faire une suture séro-séreuse après invagination.

« A noter que l'invagination est faite dans le sens rétrograde ».

Examen de la pièce. — (Herrenschmidt).

L'anse afférente est énorme et paraît à première vue formée de gros intestin.

En réalité, il s'agit de grêle dont le calibre est volumineux et dont les parois sont considérablement épaisses. Bout afférent : 5 millimètres d'épaisseur).

L'anse efférente est de calibre normal, mais les parois de l'intestin ont encore une épaisseur très supérieure à la normale.

(Bout efférent : 2 millimètres d'épaisseur) (*voir planche page 19*).

Le paquet d'anses qui forme la tumeur est impossible à disséquer tellement les adhérences sont étroites. Il existe une série de bosselures séparées par des portions rétrécies dues à des coutures de grêle formant éperon dans la lumière de l'intestin.

Le mésentère est très rétracté, et ne peut être repéré dans l'intervalle des anses agglutinées, sauf au niveau de la résection.

Suites opératoires. — Sans incident.

Le Wassermann pratiqué dans le service avant la sortie du malade fut positif ».

Examen histologique. — (Herrenschmidt).

Sur la masse intestinale enlevée, on a fait deux séries de coupes :

des coupes sur le mésentère et sur l'intestin.

Coupes sur l'intestin. — La muqueuse est intacte.

Sous-muqueuse : Les vaisseaux sont distendus par le sang, distension assez notable.

Musculaire interne : Grosse infiltration de leucocytes, mononucléaires, éosinophiles infiltrés dans les espaces interfasciculaires, le tout baignant dans un œdème considérable.

Musculaire externe : Gros œdème presque partout.

Les champs leucocytaires sont beaucoup moins apparents.

Coupe sur le mésentère. — (M. le professeur Letulle). La surface du mésentère est sclérosée. Elle se compose de tissu conjonctif jeune irrégulièrement dirigé dans tous les sens.

Sa partie centrale est beaucoup moins altérée. Les endothéliums des vaisseaux sont intacts. La lumière des veines est très élargie. Une seule veine de la coupe présente un caillot composé de 2 parties :

l'une récente, fibrine ;

l'autre ancienne, placard fusiforme dense opaque, constitué par une matière amorphe coupée de place en place par quelques éléments cellulaires allongés donnant l'impression de cellules collectives altérées. Un thrombus pariétal s'est peut-être produit à cet endroit



Dr Jacques LEVEUF

et aura été décollé ultérieurement par la distension subite du vaisseau, mais il faut avouer que la technique de la paraffine a disloqué toute cette région et ne permet pas de situer exactement le caillot par rapport au vaisseau. Il est difficile d'affirmer qu'on est en présence d'un îlot de thrombo-phlébite, vu l'impossibilité de repérer les parois vasculaires.

Peut-être aussi ne s'agit-il que d'un vieux caillot logé dans le tissu adipeux, et autour duquel une hémorragie s'est produite.

Cette seconde hypothèse paraît plus probante.

Artères. — Toutes les artères que l'on voit dans le mésentère sont de dimension moyenne, et remarquables par leur intégrité. Leur structure intime au point de vue élastique ne saurait être établie.

En résumé, les coupes nous montrent des signes de stase veineuse assez accusée, de l'hyperdiapédèse de polynucléaires éosinophiles sans traces d'artérite, avec intégrité parfaite de la muqueuse intestinale.

Nous avons pu revoir ce malade à Bagneux où il habite.

Il ne souffre plus de son ventre. Il mange à peu près. Plus de constipation. La cicatrice de sa hernie est parfaite.

La hernie inguinale gauche est toujours dans le même état. Du volume d'une petite mandarine, elle rentre très facilement.

Cependant un fait nouveau est survenu dans l'histoire du malade.

Dans le courant d'octobre 1922, il a fait un petit ictus

avec hémiparésie gauche pour lequel il a été soigné à Cochin.

L'hémiparésie a presque complètement disparu maintenant.

Obs. III. — M. CADENAT (*Société anatomique*, novembre 1919, page 455).

« Malade de 70 ans, porteur d'une hernie inguinale droite étranglée. L'état chronique de l'intestin nous oblige à en réséquer 40 centimètres.

A l'ouverture du sac, nous découvrons un intestin rouge et bosselé qui nous donne l'impression d'être du gros intestin. En regardant plus attentivement, nous constatons que ces bosselures sont dues à des coudures intestinales maintenues par des adhérences et nous avons pu compter 21 de ces coudures.

A certains endroits les adhérences sont si intimes qu'on a presque l'impression de fusion entre les 2 segments accolés.

L'anse afférente est rouge et distendue, du volume d'un très gros pouce; l'anse efférente est blanchâtre et réduite au calibre d'un très petit doigt. Le mésentère est rétracté et épaissi. Il fut très difficile à extérioriser et l'anastomose latéro-latérale par nécessité, un peu pénible à cause de cette rétraction même.

L'étranglement siégeait non pas au niveau de l'orifice inguinal profond, mais à la base du scrotum et était relativement peu serré.

La coupe ne montra aucune lésion macroscopique de la muqueuse.

Le malade succomba quatre jours plus tard et l'autopsie ne nous montra aucune lésion semblable sur le reste de l'intestin grêle ni sur le côlon. La suture était parfaitement étanche et la bouche perméable. »

FRÉQUENCE

Il s'agit plutôt de lésions rares, et à part l'observation de Cadenat, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature médicale de cas semblables.

L'âge du malade semble peu importer, cependant il s'agit surtout de malades du sexe masculin, après la cinquantaine.

L'âge de la hernie, son volume, son siège sont des conditions favorables à préciser.

En général, c'est sur une vieille hernie, volumineuse, véritable éventration que l'on trouve ces lésions.

La variété a son importance. Dans les trois cas que nous rapportons, il ne s'agit que de hernie inguinale.

Je rappellerai ici que Jonnesco, dans son étude sur la tuberculose herniaire, attache aussi une grande importance à ces trois facteurs.

Nous ajouterons aussi qu'il s'agit le plus souvent d'athéromateux. Dans les 2 premières observations que nous rapportons, les malades présentaient de la myocardite chronique, de la sclérose rénale et des lésions chroniques de tout l'arbre artériel.

SYMPTOMATOLOGIE

L'évolution de cette péritonite plastique dans un sac herniaire, qu'elle ait une origine bacillaire, ou toute autre cause, est le plus souvent latente.

C'est bien souvent sur la table d'amphithéâtre que le diagnostic de bacillose herniaire est fait. Les adhérences évoluent lentement, n'amenant dans la hernie, tout au moins au début, aucune modification appréciable.

Dans l'observation II, la hernie était douloureuse depuis longtemps (4 ans).

La hernie, au début, était peu volumineuse, indolore, parfaitement réductible, puis elle a commencé à grossir.

La hernie est devenue de moins en moins réductible.

L'irréductibilité partielle a bientôt fait place à une irréductibilité totale. En même temps des crises d'obstruction, de pseudo-étranglements, crises tantôt fugaces, tantôt intenses, viennent compléter ce tableau pour nous amener à une intervention sanglante.

« L'irréductibilité partielle, nous dit M. le Professeur Lejars, est un des attributs ordinaires de ces hernies compliquées, soit de bacillose, soit de néoplasme ».

Dans l'observation I, d'après l'interrogatoire du ma-

lade, la hernie rentrait facilement ! Il ne faut l'admettre que sous réserve.

La symptomatologie est en somme la même que dans la péritonite bacillaire.

Trois ordres de signes peuvent dominer la scène :

Les crises douloureuses, les crises d'obstruction, pseudo-étranglement et étranglement véritable, enfin l'irréductibilité partielle ou totale qui apparaît toujours à un moment donné.

ACCIDENTS

L'évolution de ces lésions est très silencieuse.

Tant que le transit est suffisant, les hernies sont bien tolérées. Elles ne donnent lieu à aucun accident. Cependant plusieurs complications sont à redouter.

C'est d'abord l'étranglement. « Il se produit par le mécanisme que Broca a signalé sous le nom d'étranglement consécutif ».

L'intestin augmente de diamètre par épaissement de ses parois et vient se serrer lui-même sur les bords de l'anneau ou du collet s'il y en a un.

L'occlusion intestinale est la seconde complication à craindre. L'agglutination des anses est en effet un des quatre mécanismes de l'occlusion mis en lumière par M. le Professeur Lejars. C'est tantôt une occlusion aiguë, la hernie devient subitement irréductible, tantôt une occlusion chronique, et c'est toute la symptomatologie des observations que nous rapportons.

Le malade a déjà éprouvé des accidents légers plusieurs fois. La hernie est devenue grosse, irréductible, mais tout s'arrange.

Puis de nouvelles crises surviennent, les phénomènes

s'aggravent et nous amènent finalement à l'occlusion aiguë. Cette dernière d'ailleurs peut se produire par plusieurs mécanismes. Les anses étant fixées intimement les unes par rapport aux autres, c'est surtout par rotation en masse autour du pédicule herniaire, que ces pelotons, d'une excessive mobilité, vont réaliser l'iléus.

Signalons encore comme complications possibles mais plus rares, le rétrécissement et même l'occlusion d'origine cicatricielle.

La structure des parois intestinales est modifiée par des exsudats interstitiels qui augmentent leur épaisseur ou par résorption des produits qui causent leur rétraction, d'où rétrécissement du calibre de l'intestin et parfois même occlusion.

L'infarctus intestinal est aussi une complication à redouter. Il se produit en effet chez des gens ayant même âge. Les mêmes circonstances étiologiques, endartérite, artérite, se retrouvent dans les observations.

Le mécanisme a été bien mis en évidence, par (Lagane, *Thèse de Paris* 1911).

Par suite de l'oblitération en masse des artères et des veines d'un segment d'intestin avec arrêt de la circulation, il y a production d'une extravasation sanguine dans toutes les tuniques de l'intestin, notamment dans la sous-séreuse et la sous-muqueuse.

Le mésentère correspondant est rempli d'hématomes localisés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen de ces 3 observations nous montre la présence de deux sortes de lésions :

Des lésions principales, soit de tuberculose, soit de syphilis, soit de toute autre cause non spécifique.

Des lésions accessoires, qui sont celles que l'on rencontre dans ces occlusions survenant lentement, véritable complication d'un rétrécissement progressif et chronique du calibre de l'intestin.

Lésions principales

Jonnesco, Rochard, ont donné des lésions de tuberculose herniaire des descriptions aujourd'hui classiques.

Le plus souvent les lésions bacillaires sont diffuses et ne sont circonscrites que très rarement.

Le sac herniaire présente, soit une éruption de fines granulations, grisâtres, dures, ou bien au contraire ses parois sont épaissies, indurées, lardacées.

Le contenu herniaire, que ce soit épiploon ou intestin, présente des granulations bacillaires, c'est ce que nous

avons rencontré, ou bien des adhérences multiples de l'intestin avec le sac.

Jonnesco divise les lésions en 2 catégories :

Les unes spéciales, les granulations ;

Les autres d'ordre inflammatoire ;

en tout comparables à celles de la péritonite herniaire parmi lesquelles les adhérences sont les plus importantes au point de vue chirurgical.

Obs. II et III. — Il s'agit, nous le pensons, de lésions de mésentère rétractile.

Dans un cas nous croyons devoir l'imputer à la syphilis.

Dans l'autre nous ne saurions nous prononcer.

Macroscopiquement. — Le mésentère est épaissi et rétracté.

De même dans la mésosigmoïdite rétractile, le mésocôlon est épaissi, dur, rigide. Cette rétraction, nous dit Pierre Duval, serait due non à une altération générale de ses 2 feuillets, mais à de véritables brides cicatricielles transversales qui s'étendent d'un bord colique à l'autre, et les attirent l'un vers l'autre. Sans ces brides les feuillets péritonéaux semblent être intacts, puisque l'auteur, les brides étant sectionnées, a pu rendre au méso sa longueur.

L'examen des pièces anatomiques ne nous montre point ces brides cicatricielles de la mésosigmoïdite. Il s'agit là d'une rétraction en masse, agglutinant tout un paquet d'anses qui présentent ainsi de multiples coupures.

Nous n'avons pas trouvé non plus au niveau du mésentère, les cicatrices étoilées signalées par Riedel.

Histologiquement. — Le mésentère présentait du tissu de sclérose à sa surface. A la graisse du mésentère se substituait un tissu conjonctif très léger, formé de fibrilles collagènes très ténues et dont les noyaux offrent des formes variées, fibroblastes plus ou moins allongés, noyaux ramifiés, quelques noyaux arrondis.

Lésions accessoires

Macroscopiquement, ce sont les lésions que l'on rencontre dans les rétrécissements du grêle.

L'anse afférente est dilatée, on dirait du gros intestin. La paroi intestinale est hypertrophiée. L'anse efférente au contraire est de calibre normal, peut-être même son calibre est-il diminué.

Une coupe au niveau de l'anse afférente nous a montré des lésions de stase considérable. La sous-muqueuse est infiltrée de globules rouges et blancs. De même la musculuse présente une grosse infiltration leucocytaire avec un gros œdème. Cet œdème persiste encore dans la muqueuse externe. Il y a une infiltration massive des couches musculaires et les fibres musculaires sont écartées, dissociées. Ce sont les lésions que l'on rencontre dans un intestin en voie d'occlusion.

PATHOGÉNIE

La nature des lésions est certainement le problème le plus délicat.

On pourrait songer tout d'abord à des adhérences inflammatoires simples. Elles sont, nous le savons, les plus fréquentes. On peut même dire qu'elles sont la règle dans les hernies anciennes, abandonnées à elles-mêmes et exposées à tous les traumatismes.

On a invoqué ainsi successivement les causes les plus banales : le frottement continu des habits provoquant une irritation et une inflammation chronique se propageant jusqu'à la hernie elle-même, le mauvais bandage ou bien encore les corps étrangers, les vers intestinaux, amenant une inflammation localisée.

Les choses se passent de la manière suivante :

Le péritoine herniaire enflammé, il se produit une exsudation de liquide séreux qui se résorbera pour céder la place à des néo-membranes qui vont s'organiser, se rétracter plus ou moins et réunir le sac à son contenu. Parfois les adhérences sont poussées très loin, et il est des cas où la hernie forme un tout compact. Le sac, l'épiploon, les parois de l'intestin sont confondus en une masse

homogène, où les anses intestinales semblent des cavités creusées dans un bloc dur et compact. C'est ce que J.-L. Petit appelait les hernies marronnées.

Mais dans les cas qui nous occupent, les lésions du sac sont inexistantes, et il est difficile d'invoquer les causes de l'inflammation banale.

Dans notre première observation d'ailleurs, c'est à la tuberculose qu'il faut ramener la cause, tuberculose localisée sur l'intestin grêle, chez un sujet présentant des lésions artéritiques avancées.

Les tubercules siégeaient au niveau du collet. C'est pour Jonnesco, avec le fond du sac, les deux points d'élection où éclosent ces derniers.

Pour Rochard, la tuberculose simultanée du sac et des viscères est la forme la plus fréquente. De même, pour Gosset, il ne semble pas établi d'une façon probante que les viscères puissent être malades sans participation du sac.

De plus dans cette observation il s'agissait d'un tuberculeux cavitairé, et on a trouvé au niveau du péritoine que quelques plaques blanchâtres, laiteuses, analogues à celles notées sur les anses du sac herniaire.

Peut-on invoquer ces lésions pulmonaires comme ayant précédé la tuberculose herniaire.

Pour Jonnesco, la tuberculose herniaire a toujours été primitive et les lésions pulmonaires n'ont été que concomitantes ou même consécutives.

Cependant pour la plupart des auteurs modernes, la tuberculose herniaire, en tant que manifestation isolée de tuberculose, existe, mais rarement.

Il est possible que, chez un tuberculeux latent d'apparence robuste, et indemne de manifestations bacillaires, la hernie devienne un lieu de moindre résistance tout préparé pour recevoir les bacilles.

Dans les observations II et III la cause n'est pas évidente.

Dans l'observation II, il semble qu'il faille devoir rapporter les lésions à une mésentérite rétractile d'origine syphilitique. .

Lésions qui, causalité mise à part, se rapproche de la mésosigmoïdite rétractile simple ou compliquée d'adhérences péritonéales sur les anses elles-mêmes.

Lésions bien étudiées par Lecène, Duval, Forgues.

Lésions qu'on peut rapprocher de la mésocolite rétractile, de la méso-appendicite rétractile, des lésions de péricolite membraneuse qui pour Castex et Mariano seraient d'origine syphilitique.

L'examen histologique de la pièce n'a rien montré qui puisse nous faire dire qu'il s'agissait de syphilis.

Nous nous basons pour l'affirmer sur le wassermann et sur le petit ictus qu'a présenté le malade.

Cette syphilis intestinale, bien étudiée par Castex et Mariano, dans leur *Traité de la syphilis héréditaire tardive*, se manifeste surtout par de la périviscérinite à type localisé, tout à fait analogue à la périviscérinite de la région gastro-duodénale ou hépatique.

Les auteurs rapportent dix observations de malades étudiés cliniquement et radiologiquement. Les rayons X permettaient d'affirmer une péricolite à localisation cœ-

cale constante avec d'autres localisations variées inconstantes.

Le traitement spécifique leur donna toujours des résultats remarquables.

Les coupes pratiquées sur le mésentère ont montré l'évolution de ce dernier vers la sclérose.

Les coupes artérielles n'ont montré aucune lésion d'artérite, ni de périartérite des artères du mésentère.

Dans l'observation 3, nous ne savons à quoi attribuer la cause. Le mésentère était rétracté et épaissi, nous dit l'observation. Il s'agit sans doute encore de lésions de mésentérite rétractile, affection sur la pathogénie de laquelle les auteurs ne sont pas d'accord. C'est à M. Mauclaire que revient surtout le mérite de l'avoir le mieux étudiée.

Outre la syphilis, on peut invoquer d'autres causes.

Dans les observations que nous rapportons, il s'agit de gens âgés artérioscléreux.

L'athérome artériel, qu'il soit d'origine bacillaire, syphilitique, éthylique, serait une cause de mésentérite rétractile. C'est d'ailleurs à l'athérome, que Tenani rapporte les lésions de mésentérite rétractile.

C'est aussi l'opinion de Lagane (thèse de Paris 1911) pour qui « sur de bonnes coupes de mésentère, on peut constater la saillie des artères, l'épaississement et la sclérose de leurs parois, la diminution de leur lumière, mais, ajoute-t-il, les lésions sont inégales dans leur intensité d'un point à un autre, irrégulières dans leur distribution, cessant à un endroit pour reprendre plus loin,

ne frappant une artère que dans un de ses segments ».

Avec l'artérite, il faut songer au simple foyer de péritonite chronique localisée, péritonite chronique évoluant à bas bruit sous forme plastique, créant des brides, engendrant des adhérences.

Elle sera le point de départ d'un processus de pénétration inflammatoire, d'un travail de sclérose sous péritonéale. Au point de vue anatomique, il s'agit de péritonite membraneuse chronique dont parle Savy.

C'est cette péritonite chronique localisée que Virchow admet pour la mésosigmoïdite rétractile.

Riedel, également, (*mitt ans den Grenz der medizni und chirurgie*) qui a rapporté plusieurs observations de mésosigmoïdite et de mésentérite rétractile, admet qu'il s'agit d'une péritonite chronique du mésentère.

Les lésions se développent insidieusement au bout d'un temps considérable, et elles sont à séparer, pour lui, des lésions inflammatoires.

Macroscopiquement, les lésions se traduisent par des cicatrices blanches, brillantes, sur l'anse sigmoïde ou sur le mésentère.

Dans les observations que nous rapportons, nous n'avons rien trouvé de semblable sur le mésentère.

Peut-être existe-t-il plusieurs formes de mésentérite rétractile ?

De même Rocavilla (*Revue de chirurgie* mai 1909) qui a fait une série d'examens micro et macroscopiques, définit cette mésosigmoïdite, qu'il préfère dénommer « sclerosaute idiopathique » une forme de péritonite chronique et circonscrite d'origine mécanico-irritative,

car l'étude de la maladie dans son évolution permet d'exclure au moins pour le début et pendant quelque temps toute cause inflammatoire, colique ou paracolique.

Dans l'esprit de l'auteur, l'affection dépend de modifications que le mésentère de l'anse sigmoïde subit chez l'individu, depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Mais à cet élément s'en ajoutent d'autres qui sont la sclérose plus ou moins accentuée des artères coliques et la tendance plus ou moins marquée à faire des inflammations chroniques des séreuses.

Dans les cas qui nous occupent, la hernie, au début, provoque des tiraillements, des irritations sur le mésentère. C'est la phase mécanico-irritative.

Puis le mésentère inclus dans le sac herniaire va s'œdématiser, pour subir ensuite cette rétraction qui rapprochera, agglutinera les anses entre elles.

Mais à la phase mécanique, il semble qu'il se joigne un facteur septique. La stase est facile au niveau d'une anse incarcérée, la virulence microbienne y est exaltée, et de petites érosions muqueuses inflammatoires semblent devoir y faciliter les résorptions toxiques et microbiennes.

A propos de nos deux dernières observations d'un caractère si spécial, nous rappellerons quelques observations de mésentérite rétractile.

Obs. I. — MAUCLAIRE. — Homme de 35 ans. Présente depuis son enfance des coliques intestinales avec périodes de constipation.

Deux crises d'obstruction intestinale, en 1917, puis en décembre 1919.

Lors de l'examen, en janvier 1920, la crise est passée.

A la palpation : masse grosse comme le poing, douloureuse, un peu en dedans de l'hypocondre gauche.

A la radio : calibre du côlon descendant très diminué ; angle colique distendu à gauche.

Etat général mauvais, grand amaigrissement.

Diagnostic posé ; tuberculose intestinale probable du côlon descendant avec épiploïte, quoique la masse soit nettement, en grande partie, en dedans du côlon descendant.

Laparotomie exploratrice le 8 janvier. On trouve un paquet d'anses grêle du tiers supérieur du jejunum réunies par des adhérences, une anse énormément distendue comme un gros cœcum et étranglée dans une poche en nid de pigeon, formée par une très grosse bride péritonéale très épaisse, très résistante, partant du mésentère et allant se perdre sur le bord interne de l'angle colique gauche.

Le mésentère, à ce niveau, est épaissi, rétracté vers le rachis sur une longueur de 20 à 25 centimètres ; il n'a plus à ce niveau qu'une hauteur de 4 à 5 centimètres.

Des adhérences péritonéales d'aspect cicatriciel unissent les anses grêles en ce point. Au niveau de la terminaison de la grosse bride, les segments du côlon transverse et du côlon ascendant sont réunis en canons de fusil par rétraction mésocolique.

La grosse bride péritonéale est sectionnée et réséquée ainsi que les brides unissant les anses grêles. Celles-ci

reprennent direction et calibre normaux, leur paroi n'est pas épaissie, ni blanchâtre.

Pas de ganglions dans le mésentère, pas d'ascite partout ailleurs péritoine sain.

Obs. II. — TÉTANI. — A l'autopsie d'un individu mort d'hémorragie cérébrale, avec artériosclérose généralisée, n'ayant présenté aucun trouble du côté de l'intestin durant sa vie, on trouve 1 mètre d'anses grêles collées contre le rachis et le mésentère réduit à quelques centimètres de longueur, pas très épaissi, avec vaisseaux artériels et veineux, athéromateux et calcifiés.

Calibre de l'intestin très diminué. Muqueuse normale.

Obs. III. — A l'autopsie d'un individu de 73 ans, mort de troubles urinaires et d'artériosclérose, on trouve, à l'origine du jejunum, une anse rétractée contre le rachis et présentant les mêmes lésions que dans le cas précédent.

Obs. IV. — DUBOUCHER (1922). — B..., 35 ans, entre dans le service de M. le Professeur Vincent avec les symptômes d'un étranglement herniaire inguinal. Cette hernie datait de l'enfance. Elle a toujours été réductible, indolore et non contenue par un bandage.

Opération. — Après débridement du collet, on essaie d'attirer l'anse au dehors. Celle-ci vient mal. Le mésentère est épais, dur, blanchâtre. Il présente de nombreuses cicatrices nacrées, étoilées et rétractiles, de dimensions variables, et atteignant, les plus grosses, la dimension d'une pièce de 2 francs. Autour d'elles, la sé-

reuse est bridée ; ces taches n'empiètent pas sur l'intestin. Elles sont cartonnées ; leur épaisseur paraît minime. Les mêmes lésions existent sur le mésentère des anses voisines. Le péritoine pariétal antérieur est normal. Cure radicale. Guérison.

Suites. — Le ventre reste dur, empâté, peu souple à la palpation. Il est douloureux à droite dans la fosse iliaque.

Depuis longtemps le malade a de vagues douleurs abdominales et du ballonnement après les repas, et de la constipation fréquente. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Obs. V. — DUBOUCHER (1922). — Mésentérite rétractile sur le mésentère d'une anse grêle herniée.

A..., 32 ans, entre dans le service de M. le Professeur Vincent pour hernie pariétale étranglée.

La hernie est congénitale et elle est compliquée d'ectopie testiculaire ; elle était parfois indolore.

Pas de bandage herniaire.

Opération. — Il y a un sac herniaire qui descend dans le scrotum avec diverticule remontant en haut sous la peau. Dans l'une des anses grêles étranglées, on trouve le mésentère épaissi et couvert de cicatrices étoilées, rétractiles, nacrées, cartonnées au toucher et adhérentes aux parties voisines.

Cette rétraction donne à l'anse totale une forme en oméga pouvant favoriser le volvulus. Les cicatrices empiètent, par places, sur l'intestin dont le calibre reste normal.

Cure radicale. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — Les lésions inflammatoires chroniques siégeant exclusivement sur le contenu d'une hernie, avec intégrité du sac dans lequel le peloton d'anses évolue lentement, sont d'une extrême rareté.

II. — Nous avons groupé trois cas, dont deux inédits et la cause de l'agglutination des anses, paraît être de nature variable (tuberculose, syphilis, inflammation chronique non spécifique, mésentérite rétractile).

Malgré cette dissemblance causale, certains facteurs semblent se retrouver dans les différents cas : lésions d'artérite, mésentérite, évolution chez des sujets après la seconde moitié de la vie et surtout évolution torpide qui passerait inaperçue s'il ne survenait une complication brusque.

III. — L'existence de ces agglutinations très serrées du grêle est compatible avec un transit intestinal normal ou tout au moins satisfaisant.

A ce point de vue l'observation I, où après réintégration de la masse intestinale, on a pu constater pour ainsi dire expérimentalement le fonctionnement suffisant de l'intestin sans aucun trouble, est probante.

IV. — La lésion étant essentiellement limitée, l'impossibilité absolue de décortiquer les anses, le traitement de choix est de toute évidence la résection qui a parfaitement réussi dans l'observation II.

Cependant les règles les plus absolues en chirurgie peuvent souffrir des exceptions.

L'état général précaire du malade, une intervention d'urgence dirigée contre un accident surajouté à la lésion rendent toute entreprise chirurgicale des plus dangereuse.

L'observation I nous démontre à l'évidence qu'il n'y a pas eu lieu de se repentir de la réintégration pure et simple du peloton herniaire, le calibre et la vascularisation des anses ayant été suffisants pour assurer la vie du malade.



Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
F. LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER. — De l'observation de 10.000 hernies.
- LE DENTU ET DELBET. — Hernies, page 126.
- LES 9 AGRÉGÉS. — Précis de pathologie chirurgicale. Mésosigmoïdite rétractile, page 660.
- JONNESCO. — Tuberculose herniaire (*Revue de Chirurgie*, mars-juin 1891, pages 185 et 455).
- ROCHARD. — Les hernies.
- LEJARS. — Gazette des hôpitaux, 1889.
- PHOCAS. — Congrès de chirurgie, 1891.
- BROCA. — Bulletin société anatomique 1894.
- MAUCLAIRE. — Mésentérite sclérosante et rétractile (*Société de Chirurgie*, avril 1920, juillet 1920).
- LAGANE. — Thèse de Paris 1911. Les artérites intestinales.
- ROBERT. — Les embolies mésentériques (*Thèse de Paris*, 1907).
- TENANI. — Mésentérite rétractile (*Il morgagni*, décembre 1913).
- RIEDEL. — Syphilis de l'intestin grêle et ileus (Mitt aus den Grenzg. der med. und Chir., 1897).
- Rétraction du mésentère, du cœcum et de la terminaison du grêle et ileus (*Ibid*, p. 529).
- MOLLER. — Mésentérite fibreuse chronique (*Th. de Kiel*, 1904).

MARTINEZ. — Artério-sclérose abdominale (*Paris Médica.*, 8 octobre 1921).

LEGAGNI. — Péritonite plastique (*Policlinico*, mai 1921).

RODE. — Adhérences périoduodénales (*Beitr. z. Klin. Chir.*, 1921).

JEAN. — Périduoténite (*Arch. de Méd. navale*, 1919).

MAUCLAIRE. — Gazette des hôpitaux, 7 et 9 mars 1922.

— Société de chirurgie, 14 mars 1923.

SAVY. — Bulletin médical, mars 1923.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
Introduction	5
Historique	7
Observations	9
Fréquence	23
Symptomatologie	25
Accidents	27
Anatomie pathologique	29
Lésions principales	29
Lésions accessoires	31
Pathogénie	33
Conclusions	43
Bibliographie	45

Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC
